

PARK CITY IMAGING
1850 SIDEWINDER DRIVE, SUITE 410
PARK CITY, UT 84060
PHONE: 435-615-0250
FAX: 435-615-0252

LIBERACION A TERCEROS

Yo, _____, otorgo
permiso

Escriba su Nombre

a _____ recoger
las imagines y/o

Nombre de persona recibiendo registros

reporte de radiographia professional por servicios otorgados en:

Fecha del Servicio: _____

Tipo de Servicio: _____

Firma

Fecha

Favor de notar: **Identificacion fotografica valida** sera requerida al momento de recibir cualquier registro.